

PROBLEMES POSES PAR LA PRESENTATION DE L'EPAULE

A propos de 47 cas observés à la
Clinique de Gynécologie Obstétrique
du Centre Hospitalier Régional
Universitaire d'AMIENS

THESE pour le Doctorat en Médecine

Michel MONTAY

PRESIDENT DE JURY : M LE PROFESSEUR VITSE
M LE PROFESSEUR LAUDE
M LE PROFESSEUR HOANG NGOC MINH
M LE PROFESSEUR BOULANGER

- 1974 -

PROBLEMES POSES PAR LA PRESENTATION DE L'EPAULE

A propos de 47 cas observés à la
Clinique de Gynécologie Obstétrique
du Centre Hospitalier Régional
Universitaire d'AMIENS

THESE pour le Doctorat en Médecine

Michel MONTAY

PRESIDENT DE JURY

:

M LE PROFESSEUR VITSE

M LE PROFESSEUR LAUDE

M LE PROFESSEUR HOANG NGOC MINH

M LE PROFESSEUR BOULANGER



Digitized by the Internet Archive
in 2026



A MA FEMME et A MES ENFANTS,

A MES PARENTS,

A MES FRERES ET SOEURS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

Comme gage de mon affection

et de ma profonde reconnaissance

A Monsieur le Professeur M. VITSE

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Chef de Service

Vous m'avez fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

J'ai passé dans votre Service un semestre très
enrichissant. Veuillez trouver dans ce travail l'expression
de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur M. LAUDE

Professeur à titre personnel
d'Anatomie et d'Organogénèse

Je vous suis très reconnaissant de l'honneur que
vous me faites en acceptant d'être parmi mes juges.

J'ai toujours apprécié et admiré votre dynamisme,
la qualité de votre enseignement et l'étendue de vos
connaissances.

Voulez-vous trouver dans ce travail l'expression
de ma respectueuse sympathie.

A Monsieur le Professeur HOANG-NGOC-MINH

Agrégé de Gynécologie-Obstétrique

Maître de Conférences agrégé associé en Anatomopathologie

Veuillez accepter tous mes remerciements pour
l'intérêt que vous apportez à mon travail en acceptant
de le juger.

A Monsieur le Professeur J. C. BOULANGER

Maître de Conférence Agrégé
d'Obstétrique et de Gynécologie
Accoucheur des Hôpitaux

Vous avez bien voulu me guider dans la préparation
de ce travail, en me prodiguant sans cesse vos conseils
avisés et bienveillants.

Permettez-moi de vous exprimer ici l'expression
de ma vive reconnaissance.

A tous mes Maîtres à la Faculté et dans les Hôpitaux

Leur brillant enseignement et leur grande expérience
me seront un modèle constant.

P L A N

INTRODUCTION

HISTORIQUE

TERMINOLOGIE DE LA PRESENTATION

FREQUENCE

ETIOLOGIES

- présentations primitives
- présentations secondaires

DIAGNOSTIC

COMPLICATIONS

- épaule méconnue
- épaule négligée
- rupture utérine

EVOLUTION SPONTANEE

TRAITEMENT

- chez la primipare
- chez la multipare
 - . poche des eaux intacte
 - . rompue

PRONOSTIC

- mortalité maternelle
- mortalité périnatale . globale
 - . suivant le mode d'accouchement

PROPHYLAXIE

CONCLUSION

ANNEE	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS	NOMBRE DE PRESENTATIONS DE L'EPAULE	POURCENTAGE
1963	361	2	0,55
1964	465	1	0,22
1965	513	3	0,58
1966	531	4	0,75
1967	633	4	0,63
1968	652	9	0,38
1969	707	6	0,84
1970	784	2	0,25
1971	1105	8	0,72
1972	1225	4	0,32
1973	1392	4	0,28
TOTAL	8368	47	0,56

I N T R O D U C T I O N

"Les présentations de l'épaule représentaient autrefois une complication relativement fréquente et toujours grave de l'accouchement".

En particulier "rien n'était compliqué autrefois comme les indications thérapeutiques" estime LACOMME, alors qu'il remarque par ailleurs "aujourd'hui les choses se sont considérablement simplifiées". Ce revirement de situation ajouté à bien d'autres difficultés rencontrées à propos des présentations de l'épaule, par exemple en matière de terminologie où peu d'Auteurs sont unanimes, nous a amenés à effectuer ce travail, à propos d'une série de 47 cas traités dans le Service du Professeur VITSE au Centre Hospitalier et Universitaire d'AMIENS de 1963 à 1973.

Les accouchements "en présentation de l'épaule", ce sont les cas où le fœtus oriente au début du travail son grand axe longitudinal perpendiculairement à l'axe de l'utérus, et "accomode" sous l'effet des contractions utérines un moignon de l'épaule au détroit supérieur.

Après un bref historique, nous en étudierons la terminologie bien précise, la fréquence, les causes, le diagnostic, les complications, les stades successifs de l'évolution spontanée, le traitement, le pronostic, et enfin la prophylaxie qui est la mesure la plus efficace à laquelle on doit tout particulièrement s'attacher.

Nous éliminons les cas de "présentations transversales" ou "obliques", rencontrées en cours de grossesse, donc en dehors du travail, où il n'y a aucune accommodation, aucune prise de contact entre le moignon de l'épaule et la margelle du bassin.

HISTORIQUE

La présentation de l'épaule est connue depuis fort longtemps et MAURICEAU, dans son traité de 1648, distinguait les présentations de l'épaule, du dos, du ventre, de la poitrine et du côté.

Au 19^e siècle, Madame LACHAPELLE a simplifié ces notions en précisant que l'épaule se présente toujours en face de l'excavation pelvienne, le dos étant soit en avant, soit en arrière. Elle détermina ainsi la "présentation de l'épaule" telle que nous l'entendons encore.

Vers la fin du 19^e siècle, TARNIER et PINARD, grâce à la mise en pratique du palper abdominal, décelèrent les présentations transversales pendant la grossesse et les différencièrent des présentations de l'épaule pendant le travail.

En 1928, Max HIRSCH proposa l'usage plus libéral de la césarienne dans les présentations de l'épaule, ayant obtenu avec ce traitement de bien meilleurs résultats maternels et surtout fœtaux.

En 1932, EASTMAN insista dans le même sens.

Ces idées tombèrent bien dans le vide à leurs débuts ; elles n'en constituent pas moins le point de départ d'une révision du problème.

Depuis une vingtaine d'années, grâce à l'amélioration de la césarienne par les progrès de l'anesthésie-réanimation, par l'apport de l'antibiothérapie, le pronostic de la présentation de l'épaule a beaucoup changé et va toujours en s'améliorant.

TERMINOLOGIE DE LA PRESENTATION

Il est important de l'étudier puisque l'épaule est une présentation du travail, donc fixée et définitive. Il convient même de la préciser puisque, dans la littérature, elle diverge fréquemment selon les Auteurs.

I - POSITION

"La situation du dos est ce qu'il importe avant tout de connaître" (FABRE). Or, "le dos du fœtus est en avant ou en arrière ; il n'est pas en bas ou en haut" (MERGER).

Les dorso-antérieures sont les plus fréquentes car les plus physiologiques : elles correspondent à l'attitude fléchie du fœtus, dont la concavité ventrale répond à la convexité de la colonne vertébrale de la Mère.

Les dorso-postérieures, antiphiysiologiques, sont rares et le plus souvent, le cas de fœtus morts ou macérés.

II - REPÈRE DE PRESENTATION

Les points de repère les plus divers ont été proposés pour la nomenclature des présentations de l'épaule. Certains Anciens considéraient la tête comme un point de repère important et divisaient la présentation de l'épaule droite encéphalo-iliaque droite et céphalo-iliaque gauche, de même pour les présentations de l'épaule gauche.

Unaniment à l'heure actuelle, le repère étant la portion osseuse fœtale la plus déclive de la présentation, il s'agit ici de l'acromion.

III - VARIETES DE POSITION

C'est le rapport entre le repère de la présentation (ici l'acromion) et un des azimuth du bassin maternel.

L'épaule, qui se présente au détroit supérieur, est soit la gauche, soit la droite.

- la présentation de l'épaule gauche, avec dos en avant :
c'est l'acromio-iliaque droite
(variété la plus souvent rencontrée)
- la présentation de l'épaule gauche, avec dos en arrière :
c'est l'A. I. G. de l'épaule gauche
- la présentation de l'épaule droite, avec dos en avant :
c'est l'A. I. D. de l'épaule gauche
- la présentation de l'épaule droite, avec dos en arrière :
c'est l'A. I. D. de l'épaule droite

IV - REPERE CLINIQUE

Les repères cliniques de la présentation de l'épaule au toucher vaginal sont nombreux ; ce sont le gril costal avec ses saillies costales et ses dépressions inter-costales, le creux axillaire, ou les apophyses épineuses de la colonne vertébrale, ou encore l'omoplate avec la saillie de l'acromion.

On attache moins d'importance aujourd'hui à la recherche de ces repères cliniques de la présentation, car les moyens para-cliniques et notamment la radiographie se sont généralisés et perfectionnés.

F R E Q U E N C E

C'est "le type de dystocie qui tend à disparaître partout où des consultations spéciales permettent la surveillance régulière des femmes enceintes" (LACOMME).

Et pourtant, "c'est encore une complication de l'accouchement avec laquelle il faut compter" (VERMELIN et RIBON).

Nous avons relevé dans le Service de 1963 à 1973, 47 cas de présentation de l'épaule pour 8368 accouchements au total, effectués durant la même époque.

Cette constatation nous amène à effectuer des comparaisons avec des statistiques antérieures, et même à l'intérieur de notre échantillonnage. 47 sur 8368, cela fait un pourcentage de 5,6 o/oo.

En 1971, M. VITSE et J. C. BOULANGER, étudiant les mêmes dossiers que nous jusque cette époque, constataient une fréquence de 6 o/oo. La fréquence a donc notablement diminué ces 2 dernières années :

- 3,2 o/oo en 1972
- 2,8 o/oo en 1973

PINARD en 1978 en relevait 8 o/oo.

En 1940, FABRE avançait le même chiffre (1/125 accouchements).

Ces dernières années, pour beaucoup d'Auteurs, la moyenne se situait autour de 3 o/oo.

- 3 o/oo : MERGER, LEVY, MELCHIOR
- 3,2 o/oo : DUMONT
- 3,3 o/oo : CHASSOUX
- 3,9 o/oo : VERMELIN, RIBON
- 3,1 o/oo : HJONSON
- 2,8 o/oo : POSNER
- 2,74 o/oo : WINKLER et CANGELLO

Les chiffres les plus bas retrouvés sont :

- 1,6 o/oo : KRAMER et SKALLEY

les plus élevés :

- 17 o/oo : PORODOVSKY et KRAUS

Les Auteurs Américains excluant très souvent de leurs statistiques les jumeaux et les prématurés pesant moins de 1500grammes, avancent des chiffres comparables puisqu'allant de 1 pour 208 accouchements (4,8 o/oo) à 1 pour 843 accouchements (1,2 o/oo).

Ainsi corrigée, notre fréquence globale est de 4 o/oo et elle descend à 1,5 o/oo pour 1972 et 1973.

.../...

ET IOLOGIES

Devant une présentation de l'épaule, l'étude de l'étiologie est très importante parce que la sanction thérapeutique en découle, et que sa décision doit être prise rapidement.

La loi d'accomodation de PAJOT, selon laquelle le contenu s'adapte à son contenant explique le déterminisme des différentes présentations. PINARD l'avait déjà montré dans son "Traité du Palper".

On distingue deux variétés de présentation de l'épaule :

1). Les présentations primitives

où le foetus est orienté plus ou moins transversalement dès la grossesse et "adopte immuablement" les caractéristiques de la présentation de l'épaule au moment du travail.

elles correspondent à l'accomodation normale du contenu par rapport à une anomalie morphologique du contenant.

2). Les présentations secondaires

qui correspondent le plus souvent à l'absence d'accomodation précise du contenu, en rapport avec une tolérance excessive du contenant. Au début du travail, le foetus est "surpris" en position transversale par les contractions utérines où la rupture des membranes l'immobilisent dans cette position.

Jusqu'à la rupture de la poche des eaux, les présentations secondaires peuvent être transitoires et se transformer en présentations longitudinales malgré l'effet des contractions utérines.

I - LES PRESENTATIONS PRIMITIVES

Elles s'observent de préférence chez la primigeste, et peuvent être récidivantes si la cause persiste.

Les anomalies morphologiques de l'utérus sont le plus souvent congénitales ; c'est le cas des malformations utérines ou acquises.

A°) Malformations utérines congénitales

Ce sont toutes les malformations où le diamètre transversal de l'utérus est prédominant, notamment :



l'utérus cordiforme
ou utérus bicorne unicervical
ou utérus à fond échancré.



l'utérus cloisonné
ou à éperon, ou utérus à fond
arqué.

En fait, ces deux variétés de malformations utérines présentent une cavité utérine identique, et à l'hystérogaphie il est impossible de les distinguer. C'est l'aspect extérieur de l'utérus qui les différencie : il est normal dans l'utérus arqué, il est caractérisé par une échancrure bien visible du fond utérin dans l'utérus cordiforme.

Il s'agit toujours de malformations utérines mineures qui expliquent la présentation de l'épaule.

Les malformations majeures entraînent une prédominance du diamètre longitudinal de l'utérus, et entraînent alors des présentations longitudinales, notamment podaliques.

Nous avons rencontré deux fois cette étiologie (4,2 %).

- 1 fois, il s'agissait d'un volumineux éperon médian chez une 2e pare. Nous n'avons aucune notion précise concernant le premier accouchement.

- 1 fois, d'un utérus cordiforme chez une primipare. L'hystérogographie pratiquée six mois après l'accouchement a précisé la malformation, montrant une forme modérée avec cornes discrètement inégales, la gauche étant plus développée que la droite.

Notre fréquence de 4,2 % reflète bien la fréquence habituelle de ces étiologies :

- 8,6 % : CHASSOUX
- 4,4 % : HALL et O'BRIEN
- 2,6 % : DUMONT
- 1,7 % : AUGERRO et AURE
- 0,9 % : POSNER
- 0,48% : NOUTSOS

B°) Interventions gynécologiques

Nous n'avons pas rencontré cette étiologie dans notre Etude, mais certaines interventions gynécologiques entraînent indéniablement des présentations de l'épaule, lors des accouchements ultérieurs.

- en particulier, l'intervention de type PESTALOZZA indiquée soit dans le traitement de la rétrodéviation utérine, soit comme procédé de péritonisation. Elle consiste à suturer le péritoine vésicu-utérin à la face postérieure et au fond de l'utérus.

- également les hystéropexies, qu'elles soient directes (isthmiques) ou indirectes (ligamentopexies) ou combinées.

Ces deux types d'interventions sont de plus en plus abandonnées et doivent être proscrites chez les femmes jeunes.

KNEZYNSKI a retrouvé cette étiologie dans 7 cas de présentations de l'épaule sur 76 (11 %) ; ces 7 cas représentaient seulement 5 femmes car chez l'une d'elles il y a eu trois grossesses.

CHASSOUX la retrouve dans 8 cas sur 173 (4,6 %).

.../...

II - LES PRESENTATIONS SECONDAIRES

Elles sont de très loin les plus fréquentes et sont dues à plusieurs sortes de facteurs étiologiques.

A°) Facteurs étiologiques maternels

a/ la multiparité

C'est le plus important entre tous et nos chiffres confirment qu'elle représente la grande cause des présentations de l'épaule. En effet, dans les 47 cas étudiés :

- 41 femmes (87,3 %) accouchaient au moins pour la 3e fois
- 33 femmes (70,2 %) accouchaient au moins pour la 5e fois
- 24 femmes (51,1 %) accouchaient au moins pour la 7e fois

La moyenne globale de la parité est 6,60.

Dans 16 cas (34 %) la multiparité a joué apparemment seule pour expliquer la présentation dystocique.

Ces chiffres sont dans la moyenne habituellement citée :

- CABALLERO et FERNANDEZ BOLANOS trouvent un pourcentage de multiples égal à 58,9 %.
- Madame KNEZINSKI ne note que 21 5e pares ou plus sur 78 accouchements, mais cependant 50 3e pares ou plus (64,1 %).
- POSNER et Collaborateurs retrouvent la multiparité dans 66 % des cas
- DUMONT 78 %

Plusieurs statistiques font état de fréquences encore plus élevées :

- JOHNSON : 90 %
- VERMELIN ET RIBON : 90 %
- WINCKLER et CANGELLO: 91,7 %
- AGUERRO : 92 %
- HALL et O'BRIEN : 92 %
- KRAMER ET SKALLEY : 96 %

La divergence des statistiques s'explique par l'application de critères différents à la multiparité (certains Auteurs ne considèrent que les grandes multipares ; à l'inverse, d'autres comptabilisent toutes les non primipares).

Les grossesses successives entraînent chez la multipare un relâchement des parois utérines, un agrandissement et une globulisation de l'organe. Elles affaiblissent également la paroi abdominale, et cette défaillance de la sangle favorise la présentation de l'épaule.

b/ Les fibromyomes utérins

Ils peuvent entraîner une présentation de l'épaule selon deux processus :

- soit en provoquant une déformation utérine
- soit en constituant un obstacle praevia qui contrarie l'engagement et dévie le fœtus.

De nombreuses publications en font mention :

- HALL et O'BRIEN dans	: 4,4 % des cas
- POSNER et Coll.	: 1,8 %
- CHASSOUX	: 1,7 %
- EASTMAN	: 1,3 %
- GAREIS et Coll.	: 1,2 %
- WINCKLER et CANGELLO	: 0,75 %
Notre étude en contient 1 cas	: 2,1 %

c/ Autres obstacles praevia

Ce sont surtout les kystes de l'ovaire qui sont notés dans :

- 0,9 % des cas pour POSNER et Coll.
- 0,6 % des cas pour CHASSOUX

Ce peut être une tumeur pelvienne beaucoup plus rare (d'origine sacrée, rectale, vésicale, voire rénale ou mésentérique).

Dans les statistiques anciennes comme celles de EASTMAN (1932), l'usage des ballons dilatateurs figuraient dans les causes des présentations de l'épaule. Dans le Service, où l'usage de ces ballons n'a pas complètement disparu, nous n'avons pas retrouvé d'étiologie.

Nous verrons le placenta praevia dans les causes ovulaires ou annexielles.

d/ Les rétrécissements du bassin

Il y a plusieurs décennies et de nos jours encore dans certaines régions pauvres du monde où la population est malnutrie, cette anomalie figurait dans les étiologies des présentations de l'épaule.

AREZI-BOZA rapporte 203 cas de présentations de l'épaule à CAGLIARI (SARDAIGNE) de 1957 à 1963 en insistant sur la pauvreté et l'environnement des femmes de cette région. Certains bassins rachitiques expliquent peut être cette grande fréquence mais aussi et surtout à notre sens, la grande multiparité qui est le lot commun dans ces populations défavorisées.

MUNOZ et LARENAS avancent cette étiologie dans 31,12 % des cas.

HARAIIS et Coll. dans une statistique datant de 1950 avaient 21,9 %.

GARBER et Coll. en 1951 citaient 20 %.

CHASSOUX, tout en trouvant 15 % en 1967, disait d'une manière générale, "il est difficile d'affirmer que l'anomalie du bassin représente un facteur étiologique important de la présentation transversale".

Comme CALKIUS, et d'autres Auteurs, nous n'avons pas relevé cette étiologie.

B°) Facteurs étiologiques foetaux
.....

a/ La prématurité

La disproportion entre la petitesse du fœtus d'une part

le volume utérin et la quantité de liquide amniotique d'autre part, entraîne un défaut d'accommodation foeto-utérine souvent en cause dans la présentation de l'épaule.

Dans notre Etude, 20 enfants présentaient un poids inférieur à 2500 grammes, soit une proportion de 42,5 %. De 1963 à 1971, M. VITSE et J. C. BOULANGER notaient une fréquence de 26 %. C'est à dire que depuis deux ans, la plupart des épaules traitées dans le Service le furent lors d'accouchements prématurés.

6 fois, il s'agissait de grands prématurés de poids inférieur à 1800 grammes.

13 enfants n'avaient pas de façon certaine 32 semaines d'âge gestationnelle.

- POSNER retrouve la prématurité dans 47,8 % des cas
- WINCKLER et CANGELLO dans 37 %
- AGUERO et AURE dans 34 %
- DUMONT dans 29 %
- CABALLERO et FERNANDEZ BOLLANOS dans 27,37 %
- CHASSOUX dans 25,4 %
- JOHNSON cite le chiffre beaucoup plus bas de 7 %
mais il élimine de son Etude les jumeaux et les enfants
d'un poids inférieur à 1500 grammes.

La prématurité est souvent associée à un ou plusieurs autres facteurs étiologiques :

- 11 fois à la multiparité
- 6 fois à un placenta praevia
- 3 fois à une gemellité
- 1 fois à une malformation utérine
- 1 fois à une macération
- 1 fois à un hydramnios

La prématurité a été l'unique cause décelée dans 4 cas sur 47 étudiés, soit 8,5 %.

b/ la Géméllité (2e jumeau)

L'accouchement associe plusieurs facteurs favorables à la présentation de l'épaule :

- cavité atone devenue trop grande après la naissance du premier jumeau.

- prématurité
- excès de liquide amniotique

Nous avons noté 7 fois cette étiologie (14,9 %). Notre Etude ne compte aucun accouchement de triplés ou plus.

4 fois, l'épaule était associée à un siège

3 fois à une présentation céphalique

Il est également possible que le premier jumeau seul se présente en présentation de l'épaule, mais alors la pathogénie est différente : la situation du 2e jumeau dans la même cavité utérine ne lui laisse que cette possibilité de présentation.

Evidemment, il peut se trouver des cas où les 2 jumeaux se présentent en épaule. C'est rarissime, mais Madame KNEZINSKI le décrit une fois à propos de 76 observations.

D'autres facteurs étiologiques sont fréquemment associés à la géméllité :

- 6 fois, la grande multiparité (deux 5e pares, une 6e pare, une 7e pare, une 12e pare et même une 17e pare).

- 3 fois, la prématurité (à la fois poids n'atteignant pas 2500 grammes et vie gestationnelle de moins de 32 semaines).

- 1 fois, un myome de la face antérieure et du fond utérin.

Les antécédents obstétricaux de ces parturientes n'étaient pas non plus exempts de pathologie puisque :

- + 2 fois, il s'agissait de récurrence de présentation de l'épaule
- + 2 fois, la mère avait déjà subi une césarienne et présentait donc un utérus cicatriciel.

Notre pourcentage de 14,9 % avoisine la moyenne générale :

- 26,3 % pour WINKLER et Coll.
- 24 % pour POSNER et Coll.
- 23 % pour DUMONT
- 15,7 % pour CABALLERO et FERNANDEZ BOLANOS
- 15 % pour VERMELIN et RIBON
- 9,3 % pour NOUTSOS

Pour conclure, nous pouvons dire que si la gemellité n'agit pas souvent seule, elle est cependant un facteur étiologique fréquemment trouvé dans les présentations de l'épaule.

c/ La Macération

Celle-ci entraîne une diminution du volume foetal alors qu'il était déjà petit puisque pas souvent à terme, et surtout un ramollissement, une plus grande malléabilité du fœtus. Généralement, l'utérus devient lui-même mou, et étalé. Tout ceci peut entraîner la rotation du fœtus en présentation de l'épaule par mauvaise accommodation foeto-utérine.

Dans deux cas, nous avons noté un mort-né macéré de quelques jours. Mais à chaque fois, la macération n'était pas la cause de la présentation de l'épaule puisqu'il s'agissait de l'hydramnios dont nous parlons juste ci-après.

C°) Facteurs étiologiques ovulaires ou annexiels

a/ L'hydramnios

L'excès de liquide amniotique entraîne aussi un défaut d'accommodation foeto-utérine et permet une trop grande mobilité

du fœtus dans la cavité utérine. Ces fœtus balladeurs, que l'on retrouve tantôt en siège, tantôt en céphalique, tantôt en transversale peuvent être "surpris" par le début du travail dans cette dernière position.

MERGER parle "d'excès de liquide" entre 1 et 2 litres de liquide amniotique, et "d'hydramnios" au dessus de 2 litres.

Mais la mesure du liquide amniotique est extrêmement difficile et très imprécise, surtout avant la rupture de la poche des eaux, et même au moment de cette dernière.

Ce n'est donc que dans les cas évidents d'après l'approximation de l'Accoucheur que cette étiologie fut notée dans notre Etude.

Elle figure 2 fois (4,2 % des étiologies).

- une fois, il s'agissait d'un hydramnios d'au moins 3 litres chez une 7e pare, non suivie, présentant dans ses antécédents un seul enfant vivant et 5 enfants morts-dans la période péri-natale pour des raisons inconnues.
- L'autre fois, l'hydramnios fut noté également chez une 7e pare, causé par une maladie hémolytique à la limite de l'anasarque foeto-placentaire.

Notre pourcentage est conforme à la moyenne générale, les chiffres allant de 0 % (POSNER) à 5 % (YATES).

CHASSOUX cité 4,6 %

DUMONT 4 %

KNEZINSKI moins de 4 %

AGUERRO et AURE moins de 3 %

KRAMER et SKALLEY 2 %

L'hydramnios est une étiologie rare que certains ne considèrent pas comme valable (tel POSNER qui ne l'a pas rencontré une seule fois à propos de III cas).

b/ Le placenta praevia

Le placenta inséré bas déforme la cavité utérine.

Comme les autres obstacles praevia, il entraîne la malaccommodation de l'un des pôles foetaux avec le détroit supérieur et favorise sa déviation.

Par ailleurs, il cause souvent la nupture prématurée ou précoce des membranes.

Ces caractéristiques en font une étiologie fréquente de la présentation de l'épaule. Nous l'avons rencontré 14 fois (29,7 %).

Comme STEVENSON (27 %), WEIBSTER et GEITTMANN (25 %), nous trouvons un chiffre élevé.

Pour d'autres, la fréquence est beaucoup plus basse :

- GONZALEZ : 3,6 %
- DUMONT : 6,5 %
- YATES : 8,3 %

Il existe des différences dans les statistiques selon que l'on considère les placentas insérés bas avec des manifestations cliniques uniquement, ou tous les placentas insérés bas, même asymptomatiques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de présentation de l'épaule doit toujours être correctement effectué pour prévenir des complications et employer des moyens thérapeutiques adaptés.

Ils posent des problèmes différents en début et en fin de travail.

Etudions-le d'abord en début de travail :

- Inspection : l'utérus est plutôt développé dans le sens transversal.

La mesure de la hauteur utérine est fréquemment inférieure aux chiffres normaux pour une même durée de gestation. Mais ce signe est très relatif car on connaît les variations physiologiques de cette hauteur au voisinage du terme.

- Auscultation : les bruits du coeur foetal sont perçus avec le maximum d'amplitude à hauteur ou un peu sous l'ombilic maternel.

- Palpation : entre les contractions, les mains explorant la partie basse de l'utérus de chaque côté ne rencontrent pas de pôle foetal et se rejoignent. C'est la constatation du vide sus-pubien qui est le signe clinique le plus important et permet bien souvent de faire le diagnostic.

Les pôles sont par contre rencontrés dans les deux fosses iliaques, ou l'une dans une fosse iliaque et l'autre dans la région hypogastrique.

- Toucher vaginal : le toucher doit être extrêmement délicat et prudent pour ne pas risquer la rupture de la poche des eaux.

D'autant qu'il révèle que cette dernière est volumineuse, saillante, bombante.

A ce stade, les repères foetaux sont mal perçus et impossibles à préciser sans risquer de déterminer une rupture.

- Examens paracliniques : à ce même stade, on pourra s'en aider si le diagnostic demande confirmation, et s'ils ne nécessitent pas une trop grande mobilisation de la parturiente.

Le principal est la radiographie de l'abdomen maternel.

Elle confirme la présentation.

Elle précise la variété de position.

Elle renseigne sur l'état du squelette foetal.

Le stade suivant où la poche des eaux est rompue est totalement différent et fait partie des complications.

En cours de travail plus avancé, l'aspect transversal de l'utérus devient moins évident, et le vide sus-pubien n'est pas toujours aussi net.

.../...

COMPLICATIONS

A - L'EPAULE MECONNUE

C'est le stade réalisé par la présentation de l'épaule dès la rupture de la poche des eaux.

Il se caractérise par des phénomènes dynamiques et des phénomènes cinématiques.

a) Phénomènes dynamiques

Pour tenter d'engager la présentation, les contractions utérines se font dès la rupture d'abord plus nombreuses (hypercinésie de fréquence), puis plus intenses (hypercinésie de fréquence et d'intensité). L'hypertonie utérine s'y associe souvent, pouvant assez rapidement aboutir à la constitution de l'anneau de rétraction décrit par BANDL, qui étrangle l'utérus en sablier. Ces contractures peuvent se localiser à des étages différents de l'utérus, et réaliser des rétentions sus-bandliennes, intra-bandliennes ou sous-bandliennes.

b) Phénomènes cinématiques

Cette tentative d'engagement ne peut entraîner qu'un tassement progressif de la présentation dans l'aire du détroit supérieur. Le pelotonnement du fœtus, le comblement de l'hiatus sus-pubien rendent le diagnostic plus difficile à l'inspection et à la palpation. Mais le toucher vaginal est grandement facilité, et permet d'apprécier distinctement le repère de présentation (l'acromion) et les repères cliniques (gril costal, creux axillaire et apophyses épineuses surtout).

Parfois, la main tombe dans le vagin et même fait issue hors de la vulve. On dispose alors d'un moyen clinique aisé pour faire le

diagnostic de la variété de position. La paume regardant vers le haut, le pouce du fœtus se dirige vers la cuisse gauche ou vers la cuisse droite de sa Mère ; ce côté est identique à celui de l'épaule qui se présente.

Cette extériorisation d'un membre fut notée dans la littérature avec des fréquences allant de 9,7 % (WINCKLER et Coll) . à 38 % (ZIPPEL) .

Parfois, c'est le cordon ombilical qui tombe dans le vagin.

- NOUTSOS la trouve dans 3,08 % des cas
- CHASSOUX dans 5,7 %
- WINCKLER et CANGELLO 5,2 %
- KRAMER et SKALLEY 8,7 %
- GAREIS et RITZENHALLER 22,8 %

Nous avons noté la procidence du cordon dans 8,5 % des cas.

B - L'EPAULE NEGLIGEE

C'est l'évolution inexorable de l'épaule méconnue si aucune thérapeutique n'est appliquée avant. Elle nécessite par rapport au stade précédent trois éléments indispensables pour mériter son appellation :

- contracture utérine
- mort du fœtus
- début d'infection ovulaire

L'exacerbation de l'hypercinésie de fréquence et d'intensité associée à l'augmentation progressive du tonus utérin aboutit à la tétanisation des fibres utérines, donc à la contracture, puis à la rétraction de l'organe.

Cela entrave la circulation placentaire et le fœtus meurt privé de l'apport sanguin maternel.

L'infection ovulaire commence dès l'ouverture de l'oeuf et est augmentée par la mort fœtale.

Heureusement, le tableau devient exceptionnel, mais nous l'avons rencontré une fois. Il s'agissait d'une primipare qui à son entrée dans le Service, avait rompu prématurément ses membranes depuis 48 heures et était en travail depuis 24 heures. A l'examen, les bruits du coeur foetal se révélaient inexistants, l'utérus était dur et contracturé, l'infection ovulaire avait débuté.

c - La rupture utérine

Elle est la conséquence de la rétraction sur lui-même de l'utérus vidé de liquide amniotique et contracturé.

Cette rétraction entraîne une élongation du segment inférieur qui peut se poursuivre jusqu'à la rupture utérine.

Comme celles de DUMONT, CHASSOUX, WINCKLER et CANGELLO, notre Etude ne comporte pas d'observation de rupture utérine spontanée.

Sur 854 présentations de l'épaule, AGUERRO et AURE citent 9 cas de rupture spontanée, soit un pourcentage de 1,05 %.

Les Autres Auteurs citent des chiffres allant de 0,48 % (NOUTSOS) à 1,9 % (HALL et O'BRIEN), mais sans distinguer les ruptures spontanées des ruptures traumatiques.

E V O L U T I O N S P O N T A N E E

Autrefois, alors qu'on disposait d'infiniment moins de moyens diagnostiques et thérapeutiques, certains Auteurs envisageaient la possibilité de laisser évoluer sans intervenir une présentation de l'épaule avec l'espoir, plus théorique que réel, d'une évolution spontanée par voie basse.

Elle ne correspond absolument plus aux pratiques obséétricales modernes. Mais l'ayant rencontrée au cours de nos Observations, il nous semble devoir en parler, tout en rappelant qu'elle est beaucoup plus longue à exposer qu'importante dans les faits.

Elle peut revêtir trois formes :

1 - La version spontanée d'une présentation de l'épaule est une éventualité possible tant que la poche des eaux est intacte. Surpris par le début du travail en position oblique, le fœtus peut se longitudinaliser sous l'effet des contractions utérines quand son épaule était encore mal accommodée au bassin maternel.

Après la rupture de la poche des eaux, la version spontanée est devenue impossible.

Nous l'avons rencontrée une fois, dans des circonstances particulières : il s'agissait en fait d'un fœtus balladeur (présentation podalique à l'entrée, céphalique le lendemain, transversale le 3e jour quand le travail débuta). Il resta en présentation de l'épaule jusqu'à une dilatation de 5 - 6 cms et à ce moment il effectua une version spontanée pour se présenter en podalique.

Il faut dire qu'il s'agissait d'un prématuré de 1480 grammes et de 25 semaines de vie gestationnelle.

2 - L'évolution spontanée par voie basse selon le mécanisme signalé par DOUGLAS et décrit par DUBOIS est antiphysiologique et correspond à un défi aux lois de la mécanique obstétricale.

Nous citons P. DUBOIS :

"Après la rupture des membranes, le premier effet des contractions utérines est le pelotonnement du fœtus ; celui-ci se moule dans la cavité contractile dans laquelle il est contenu.

"Puis, les contractions continuant avec énergie, l'épaule s'engage dans la filière du bassin ; alors le pelotonnement du fœtus est plus considérable, l'épaule arrive au détroit inférieur sur le plancher du bassin.

"Là, le fœtus subit un mouvement de rotation qui place l'épaule sous le pubis ; alors le bras se dégage hors de la vulve. Dans le mouvement de rotation, la tête s'est trouvée portée au dessus du pubis. Si l'on suppose maintenant des contractions énergiques, celles-ci engagent le fœtus dans l'excavation du bassin. On verra donc se dégager le côté de la poitrine, le côté proprement dit, les hanches, puis les fesses" (P. DUBOIS, in Traité d'A. RIBEMONT - DESSAIGNES et G. LEPAGE).

Nous avons rencontré une fois cette rareté obstétricale. Cette parturiente, 3e pare, est arrivée dans le Service à dilatation complète avec une poche des eaux extrêmement bombante, à tel point qu'elle descendait jusqu'à la vulve. Au toucher vaginal, on percevait un membre à travers les membranes. La rupture spontanée se fit très rapidement permettant l'issue d'une main par la vulve. Le liquide méconial était très teinté et épais. Malgré nos recommandations expresses, la parturiente poussait de toutes ses forces, et avant l'arrivée des Anesthésies appelés en vue d'effectuer une V F M I , elle accouchait d'un enfant pesant 1900 grammes, ne respirant pas spontanément, mais présentant quelques battements cardiaques à un

rythme inférieur à 100/ minute. L'Apgar était remonté à 9/10e à 10 minutes. L'extubation put être réalisé une heure après. La respiration demeure difficile durant les premiers jours, mais l'enfant fut rendu à sa famille à l'âge de six semaines au poids de 3100 grammes après une bonne reprise pondérale.

Ce mécanisme si rare, et rappelons le hautement anti-physiologique, est très souvent le fait de prématurés morts peu avant ou pendant le travail.

DIGONNET et LE GOFF ont publié en 1950 un cas semblable où l'enfant 2555 grammes et a vécu.

3 - Accouchement conduplicato corpore.

Dans ce cas, le foetus est expulsé par voie basse littéralement plié en deux. Il ne peut se voir que pour des petits foetus macérés, véritables "poupées de son".

Nous n'avons pas noté dans notre Etude, cette variété, moins rare que les précédentes, mais que la pratique ne connaît guère néanmoins.

Sur 76 présentations transversales, KNEZYNSKI décrit 6 cas de conduplicato corpore (7,9 %).

CONDUITE A TENIR

I - CHEZ LA PRIMIPARE

Chez la primipare avec l'enfant vivant, l'indication thérapeutique ne se discute même pas ; le seul traitement est la césarienne à tous les stades du travail.

Cette indication de la césarienne ne figurait pas dans notre Etude, car la seule primipare retrouvée se présenta avec une épaule négligée.

II - CHEZ LA MULTIPARE

Le traitement est rigoureusement différent avant et après la rupture de la poche des eaux.

A°) Membranes intactes

1/ En début de travail

a - La version par Manoeuvres externes

Elle est discutée.

Certains Auteurs l'emploient assez souvent :

DUMONT	13 %
CHASSOUX	18,5 %
PORADOWSKI et KRAUS	24,8 %

D'autres comme ZOLTAN estiment qu'elle est très rarement justifiée et se montrent très exigeants quant aux conditions à respecter.

NOUTSOS l'utilise dans 0,38 % des cas

KRAMER et SKALLEY dans 1 %

D'autres enfin la condamnent radicalement (WILSON et Coll.

AHUMADA).

Nous ne l'avons pas rencontré dans notre Etude.

Elle consiste à amener la tête ou le siège du fœtus en regard du détroit supérieur avec les mains placées sur l'abdomen maternel, à l'exclusion de toute manoeuvre par voie vaginale.

Outre l'intégrité des membranes, elle nécessite comme condition que l'épaule ait à peine pris contact avec le détroit supérieur, que l'étiologie de la présentation soit purement accidentelle et qu'il n'existe pas d'obstacle à la rotation du fœtus et à son expulsion par voie basse.

Plusieurs précautions s'avèrent également indispensables :

- connaissance parfaite de la variété de position ; des clichés radiographiques seront toujours effectués.
- vacuité de la vessie et du rectum.

Alors seulement, la tentative de version par manoeuvres externes en début de travail sera tolérée ; elle aura lieu sans anesthésie, mais sous antispasmodiques, entre les contractions alors que l'utérus est bien souple.

On peut toujours craindre qu'elle détermine une rupture précoce de la poche des eaux avec son risque de procidence du cordon.

b - Hormis cette éventualité discutable, l'idéal est de parvenir à la dilatation complète avec la poche des eaux intactes. Il convient donc de respecter scrupuleusement la poche des eaux en se montrant extrêmement prudent lors des touchers vaginaux et en usant des antispasmodiques contre les troubles de la contraction utérine.

Plusieurs raisons peuvent empêcher cette solution d'attentisme et indiquent d'emblée la césarienne :

Ce sont notamment :

- la souffrance foetale extériorisée par la modification des bruits du coeur foetal.

- les contrindications à la version par manoeuvres internes que nous verrons par la suite.

2/ A dilatation complète
.....

a - version par Manoeuvres Internes (V P M I)

C'est à ce stade seulement que cette technique a lieu dans des conditions favorables. A condition comme nous le disions qu'il n'existe pas de contrindications :

- outre la dilatation complète, la condition majeure est l'absence de rétraction de l'utérus ; mais elle est toujours réalisée lorsque la rupture artificielle de la poche des eaux est le premier temps de l'intervention, ou à la limite lorsque la poche des eaux vient de se rompre spontanément.

- l'utérus ne doit pas être fragilisé (utérus cicatriciel notamment).

- il ne doit pas exister d'obstacle praevia.

- le bassin doit être de dimension et de conformation normales.

- enfin, dans certains cas d'enfant précieux, on peut hésiter à recourir à la V P M I.

La version par manoeuvres internes consiste sous anesthésie générale à introduire une main dans l'utérus pour saisir un pied ou les deux pieds du fœtus et à amener ce dernier en présentation du siège. Suit alors une grande extraction de siège (G E S).

Cette technique a été employée 20 fois dans notre Etude (42,5 %)

Dans 7 cas, il s'agissait de l'accouchement d'un 2e jumeau qui présente toutes les conditions requises et est l'indication par excellence de la V P M I.

Une fois, la version par manoeuvre interne provoqua une rupture utérine. Il s'agissait d'une grandemultipare transplantée ininterrogeable, et entrée dans le Service à dilatation complète. Le lendemain seulement, le Mari nous apprit que cette femme présentait deux césariennes dans ses antécédents ; l'utérus cicatriciel était donc une contrindication formelle.

AGUERRO et AURE rapportent 20 cas de ruptures traumatiques par V P M I à propos de 854 présentations transversales.

Plusieurs Auteurs utilisent assez rarement cette technique, tels KRAMER (10,6 % des cas), VAGO (15 %), NOUTSOS (15,5 %) et YATES (24 %). D'autres beaucoup plus largement : VERMELIN et RIBON (79 %), CABALLERO et FERNDZ BOLANOS (50,5 %).

On peut dire néanmoins que grâce à l'amélioration des autres techniques, et notamment la césarienne, cette thérapeutique a subi en moyenne un recul progressif au cours des années. Dans les statistiques précédant 1950, sa fréquence excédait soit 50 %, alors que de nos jours elle oscille entre 10 et 50 %. Mais la V P M I conserve toujours des indications formelles. Quant elle est contrindiquée, elle fait place à la césarienne.

b - Poche des eaux rompue

1 - épaule méconnue (enfant vivant)

Hormis le cas signalé précédemment où la rupture vient juste de s'effectuer et que la dilatation est complète, on s'adresse toujours à la césarienne quelque soit le stade de la dilatation. A cause de la rétraction utérine qui s'opère dès la rupture.

La Césarienne

Elle a été réalisée 21 fois en tout, soit dans 44,7 % des cas.

- 8 fois pour épaule méconnue, dont 3 avec procidence du cordon.

La plupart des autres indications des césariennes ont déjà été notés au fur et à mesure de l'exposé. Ainsi, nous relevons :

- 1 césarienne pour souffrance foetale importante. Cette dernière ne possédait aucune étiologie obstétricale, mais l'enfant présentait plusieurs malformations qui entraînèrent sa mort.
- 6 césariennes pour placenta praevia
- 3 césariennes pour utérus cicatriciel (césarienne itérative)
- 1 césarienne pour volume foetal important (enfant de 5030 grammes) chez une 10e pare âgée en état de grossesse prolongée).

Enfin, il est des cas où la césarienne n'est pas directement indiquée par la présentation de l'épaule, mais constitue une mesure de prudence et de bon sens. Ainsi, nous relevons :

- 2 césariennes prophylactiques
 - + une fois pour enfant précieux, la mère possédant deux enfants atteints d'un syndrome surrénogénital.
 - + une fois pour grossesse prolongée, avec échec du déclenchement, chez une grande multipare âgée.

Nous avons noté que :

- + 5 fois l'hystérotomie fut transversale, réalisée avant la rupture de la poche des eaux.
- + 16 fois par contre, elle fut longitudinale ; cette incision semble très souhaitable dans l'épaule méconnue où l'anneau de rétraction de BANDL est peut être déjà constitué ; dans ce cas, elle rend l'extraction de l'enfant beaucoup plus commode car elle permet de s'agrandir.

Dans 13 cas, elle fut segmentaire pure, mais dans 3 cas, l'Opérateur dut déborder sur le corps utérin ; la présentation de l'épaule ne favorise pas l'amplication normale du segment inférieur. Signalons qu'à plusieurs reprises (9 fois) la stérilisation par ligatures des trompes fut effectuée dans le même temps opératoire que la césarienne.

Notre pourcentage de voies hautes est voisin de ceux cités dans la plupart des Etudes effectuées depuis 1962, où les chiffres oscillent entre 25 % pour DUMONT et 48 % pour JOHNSON.

Certains sont beaucoup plus élevés :

- KRAMER : 86,4 %
- WILSON : 87,5 %
- NOUTSOS : 77 %
- ZOLTAN : 72,1 %

D'autres, au contraire, beaucoup plus faibles :

- CRESPO : 11,1 %
- VERMELIN et RIBON : 14 %
- WINCKLER : 16,3 %

En moyenne, et contrairement aux versions bien sûr, la fréquence des césariennes comme traitement de la présentation de l'épaule augmente d'année en année. Dans les études antérieures à 1950 :

- VERMELIN réalisait 3 % de voies hautes
- JOHNSON C. M. : 8,6 %
- NOVEY et Coll. : 15,2 %

N. B. Nous venons de voir que la présence d'un placenta praevia entraîne la césarienne comme sanction thérapeutique. Néanmoins, en cas de fœtus mort ou non viable, si une hémorragie importante est déclenchée par le travail, on utilise alors une autre méthode, la version par manoeuvres mixtes type BRAXTON HICKS.

Celle-ci consiste à introduire sous anesthésie générale un ou deux doigts à l'intérieur de l'utérus dès que l'on a accès à la poche des eaux pour se saisir d'un pied fœtal et l'abaisser hors du corps utérin et le mettre en traction. Ainsi, la cuisse comprime le cotylédon placentaire et peut faire cesser l'hémorragie. La dilatation s'effectue rapidement et l'expulsion se fait en présentation podalique.

Ce moyen thérapeutique a été utilisé 4 fois (8,5 %).

- 3 fois pour des prématurés de moins de six mois de vie intra-utérine.

- 1 fois pour un fœtus mort in utero après 8 mois de grossesse.

CHASSOUX cite 4 cas de manœuvre de BRAXTON HICKS sur 173 observations (2,3 %).

2 - Épaule négligée

a/ Embryotomie

Elle consiste à sectionner le fœtus pour l'extraire par voie vaginale.

Elle représente le traitement de l'épaule "négligée" quand la dilatation est suffisante (5 cms au moins pour certains Auteurs, 7 pour d'autres), l'enfant bien accessible (donc dans les variétés dorso-antérieures), l'infection amniotique peu sévère, et la rétraction utérine pas trop intense.

Nous avons noté un cas d'embryotomie dans notre Etude, en 1973. Elle fut pratiquée chez une Primipare primigeste, de 24 ans. A son entrée dans le Service, cette femme avait rompu prématurément ses membranes 48 heures auparavant, et était en travail depuis 24 heures. L'examen révéla la mort fœtale, la présence d'un avant bras dans le vagin, le début de la rétraction utérine, et précisa la variété de position en acromio-iliaque droite de l'épaule gauche.

Les conditions étant réunies, c'était l'indication absolue de l'embryotomie rachidienne, avec décollation à l'aide des longs ciseaux de DUBOIS puis cranioclasie au perforateur de BLOT.

.../...

Le recours à cette technique est fort heureusement devenu très rare. Peu d'Etudes datant de moins de 15 ans en font état.

En 1964, CABALLERO et FERNANDEZ BOLANOS citaient pourtant une fréquence de 3,2 %.

En 1960, KRAMER : 1 %

En 1956, WEBSTER et Coll. : 1 %

Le chiffre extrême est celui de GONZALEZ : 7,4 %

1 cas sur 47 représente pour nous une fréquence de 2,1 %

b/ La Césarienne

Certains Auteurs, tels GARBER et Coll. WILSON et Coll. ZOLTAN, KRAMER et Coll. conseillent toujours une césarienne comme traitement de l'épaule négligée.

Nous nous refusons à les suivre, et comme beaucoup, nous pensons qu'il vaut mieux éviter la voie haute pour extraire un enfant mort quand les conditions de l'embryotomie sont présentes.

c/ L'hystérectomie totale

Elle représente le traitement historique, nécessaire à l'époque où l'infection ovulaire ne pouvait être combattue.

P R O N O S T I C

I - LA MORTALITE MATERNELLE

En raison des progrès de la thérapeutique chirurgicale et médicamenteuse, elle est devenue de nos jours la grande exception.

Comme la plupart des études effectuées depuis 1955, la nôtre n'en comporte aucun cas.

Seuls, en 1957, XILSON et Coll. relatent 0,95 % de mortalité maternelle.

En 1960, CRESPO	5,36 %
En 1963, DUMONT-KNEZINSKY	1,3 %
En 1967, DUMONT-CHASSOUX	1,15 % (2 cas sur 173).

et tous deux eurent lieu en 1956.

Pourtant, il fallut très longtemps compter avec elle dans le pronostic de la présentation de l'épaule et toutes les statistiques précédant 1955 en font état avec des fréquences atteignant 9,60 % pour JOHNSON en 1949 et 9,20 % pour GARBER et Coll. en 1951.

II - LA MORTALITE PERINATALE

La définition internationale est la suivante : c'est celle qui frappe le fœtus après la 28e semaine révolue à dater du premier jour des dernières règles et le nouveau-né jusqu'au 7e jour inclus.

A°) Mortalité périnatale globale

Sur 47 présentations de l'épaule, nous avons relevé 17 cas de mortalité périnatale :

- 3 sont morts in utéro avant le travail

Le premier à 8 mois de gestation, alors qu'il existait un placenta praevia. On ne notait chez lui aucune malformation.

Le second est né macéré de plusieurs jours, dans un tableau d'énorme hydramnios, en état d'anarsaque par incompatibilité rhésus. Lors des trois derniers accouchements de cette parturiente, l'exanguino-transfusion avait été nécessaire.

Le troisième est né macéré, sans anomalie, avec caryotype normal.

- 6 sont morts au cours du travail, dont :
 - 2 par manoeuvre de BRAXTON HICKS
 - 1 d'une épaule négligée
 - 1 grand prématuré avec circulaire du cordon
 - 1 grand prématuré avec procidence du cordon
 - 1 autre grand prématuré arrivé au stade d'épaule méconnue
- 7 sont morts dans les premiers jours suivant leur naissance
 - 1 de listériose méningée
 - 1 de malformations multiples ,
 - 1 prématuré chez une femme présentant dans ses antécédents 5 autres enfants morts de cause inconnue dans la période néonatale
 - 4 grands prématurés

Ces chiffres représentent une mortalité globale de 36,2 %

KNEZINSKY avance le pourcentage de 25 %

CHASSOUX	20,8%
HALL et O'BRIEN	21,3%
YATES	24 %
JOHNSON	23 %
CABALLERO et FERNANDEZ BALANOS	16,8%

Certains chiffres sont plus élevés :

- WINCKLER	38,7 %
- POSNER	43,2 %
- CRESPO	57,1 %
- GARBER et Coll	73,8 %

Ces chiffres sont très interprétables, et peuvent varier beaucoup selon l'échantillonnage sur lequel on les établit.

Ainsi, certains Auteurs les ont corrigés en excluant les jumeaux, les prématurés pesant moins de 1500 ou 1800 grammes, et les enfants considérés comme morts à l'entrée de la Mère dans le Service (bruits du coeur foetal non perçus).

Dans ces conditions, les chiffres sont bien meilleurs et s'étagent de 5 à 20 %.

Ainsi, KRAMER et SKALLEY trouvent	7,2 %
WINCKLER et CANGELLO	12,8 %
Nous mêmes	6,4 %

Ces chiffres varient également suivant l'ancienneté des Etudes, en s'améliorant au fil des années bien sûr.

VERMELIN et RIBON qui incluent les jumeaux et les prématurés, donnent un pourcentage de 56 % avant 1945 et 40 % ensuite.

Les chiffres de WILSON passent de 38,4 avant 1950 à 15 % après cette date.

Ceux de DUMONT de 27 % en 1945-50 à 20 % en 1950-1960.

B°) Mortalité suivant le mode d'accouchement

Pour tenter de dégager le moyen thérapeutique le plus approprié à la présentation de l'épaule, compte tenu des indications respectives, il nous semble évident qu'il faille d'emblée faire abstraction des trois cas de mort in utéro préalables au début du travail, des 2 cas de manoeuvre de BRAXTON HICKS où l'enfant était vivant, mais non viable au début du travail et du cas de l'épaule négligée.

Restent donc 11 cas à envisager :

- 1 est décédé après version spontanée par voie basse
- 8 sont décédés après accouchement par V P M I suivie de G E S
- 2 sont décédés après césarienne

1/ Expulsion spontanée par voie basse et mortalité périnatale
2 enfants sont nés de cette manière et 1 est décédé.

Celui qui est décédé a été expulsé par voie basse après longitudinalisation sous l'effet des contractions utérines. Il est vrai qu'il s'agissait d'un grand prématuré de 1480 grammes et de 25 semaines d'âge gestationnel. Il présentait un coefficient d'APGAR égal à 9/10 au moment de sa naissance. Il est décédé deux jours après l'accouchement.

Le survivant est né selon le mécanisme de Paul DUBOIS. Cela ne confirme pas du tout le pronostic extrêmement fâcheux de cette rare évolution. L'enfant pesait 1900 grammes et présentait un coefficient d'APGAR égal à 3/10 au moment de la naissance. Il survécut malgré des débuts difficiles.

2/ Version par manoeuvres internes et mortalité péri-natale

La V P M I suivie de grande extraction de siège a été réalisée 20 fois dans notre Etude, dont 7 fois chez un deuxième jumeau.

Elle s'est soldée par 8 décès, dont 1 fois chez un 2e jumeau. Cette dernière constatation pourrait infirmer l'opinion générale croyant que la V P M I et l'extraction sont sans danger pour le 2e jumeau ; mais la cause de la mort semble beaucoup plus être la prématurité et le petit poids de cet enfant. Il est né après 30 semaines de grossesse et pesait 1850 grammes. Son frère né en présentation céphalique a vécu normalement (il ne pesait que 1770 grammes à la naissance).

Sur les 7 autres cas, 3 enfants étaient de grands prématurés n'atteignant pas 1,8 kg et 32 semaines de durée gestationnelle. Les 4 autres n'atteignaient pas non plus 2500 grammes.

8 sur 20 représentent un pourcentage de 40 %

Il existait d'importantes circonstances atténuantes (6 prématurés sur 8, 1 énorme hydramnios). A tel point qu'il est même difficile d'affirmer que le mode de traitement considéré est responsable ou non d'une partie de la mortalité.

Voyons les chiffres des autres Auteurs :

- DUMONT	20,8 %
- NOUTSOS	21. %
- CHASSOUX	28,2 %
- KNEZONSKI (POLOSSON)	29 %
- POSNER et Coll.	30,7 %
- WILSON et Coll.	31,3 %
- WINCKLER et CANGELLO	41,3 %
- PORADOWSKI et KRAUS	56,4 %

Ces chiffres ne peuvent que donner une idée assez imparfaite, car ils ne se reportent pas toujours à des échantillonnages rigoureusement comparables.

Certains Auteurs y englobent tous les décès survenus pendant ou après V P M I, d'autres éliminent les prématurés, d'autres considèrent tous les accouchements terminés par voie basse ; nous-même, répétons-le, avons ôté les versions de type BRAXTON HICKS où la mort foetale est certaine dès qu'on les entreprend.

Si nous éliminons aussi les prématurés, notre pourcentage corrigé atteint 0 %.

3/ Césarienne et mortalité périnatale

La voie haute a été le traitement utilisé dans 21 cas.

2 enfants nés de cette façon sont décédés dans la période périnatale :

- le premier était atteint de listériose méningée et est décédé au 6e jour.

- le second était porteur de multiples malformations (profil d'oiseau, division palatine, souffle cardiaque systolique) et est décédé 5 heures après.

On peut donc affirmer qu'aucun décès n'est survenu à cause de l'acte chirurgical. Et pourtant, nous avons noté que la plupart des césariennes furent indiquées dans des cas pathologiques augmentant encore la souffrance foetale due à la dystocie.

2 cas sur 21 représentent un pourcentage non corrigé de 9,5 % alors que le pourcentage corrigé est de 0 %.

Dans la littérature, les chiffres varient également selon les Auteurs et les séries étudiées :

CHASSOUX	: 4,4 % et 7,5% en comptant les césariennes, sur enfants morts in utéro
NOUTSOS	: 4,9 %
KRAMER	: 6,9 %
JOHNSON	: 7 %
CABALLERO et FERNANDEZ BOLANOS	: 9,9 %
HALL et O'BRIEN	: 10 %
WILSON	: 13,8 % avant 1950 et 3,2 % après 1950
DUMONT	: 16 % et 0 % en ne considérant que les enfants nés à terme.

.../...

P R O P H Y L A X I E

Nous venons de voir que le pronostic de la présentation de l'épaule reste sombre dans bien des cas, malgré les progrès constants en matière de traitement.

Il faut donc s'attacher à prévenir la présentation dystocique au cours de la grossesse, et fort heureusement cette prophylaxie est entrée dans les habitudes grâce à la meilleure surveillance des femmes enceintes.

La mise en évidence d'une présentation transversale en fin de grossesse impose l'hospitalisation au voisinage du terme.

Il est alors indispensable de mettre tout en oeuvre pour éclairer le diagnostic étiologique.

Si la présentation transversale est liée à une anomalie organique : la version par manoeuvres externes est souvent impossible et toujours dangereuse et il n'est pas licite de la tenter. Le seul recours est la césarienne en début de travail ; il faut donc attendre ce stade pour obtenir une certaine ampliation du segment inférieur, toujours malformé, sinon inexistant, pendant la grossesse, dans les cas de présentation transversale.

Si la présentation transversale est liée à une complaisance excessive du contenant à l'égard de son contenu, la prophylaxie présente son maximum d'intérêt et permet la V P M E. C'est le cas le plus fréquent chez la multipare. La version est réalisée dans les mêmes conditions impératives, et avec les mêmes précautions que nous avons déjà énoncées à propos de la V P M E en tout début de travail avec membranes intactes.

Elle sera facile en cas de présentations obliques, plus difficile en cas de présentations transversales, mais l'important est d'obtenir la longitudinalisation du fœtus, qu'il s'agisse d'une présentation céphalique ou podalique.

La version effectuée, il faut en assurer la contention. Celle-ci est réalisée classiquement par le bandage eutocique de PINARD, qui n'en porte plus d'ailleurs que le nom, car chacun le modifie pour le rendre plus supportable mais aussi moins efficace.

Le moment de la version est discuté : certains la recommande à partir de la 34e semaine et STEVENSON insiste sur le fait qu'on doit la répéter chaque fois qu'elle est nécessaire ; c'est l'illustration que, pratiquée trop tôt, elle est bien souvent inutile, car la présentation transversale va se reproduire par la persistance des circonstances étiologiques.

La meilleure contention est l'apparition de contractions utérines, qui aura tendance à appuyer le fœtus en situation longitudinale ; c'est pourquoi, il est préférable d'effectuer la version au voisinage du terme et de réaliser aussitôt un déclenchement médicamenteux.

CONCLUSION

Sur 8368 accouchements effectués à la Maternité du Centre Hospitalier et Universitaire d'AMIENS de 1963 à 1973, nous avons étudié 47 présentations de l'épaule.

FREQUENCE

Cela équivaut à une fréquence globale de 5,6 o/oo ; elle est en nette régression puisqu'il y en eût 3,2 o/oo en 1972 et 2,8 o/oo en 1973.

ETIOLOGIE

Nous avons vu que les étiologies possibles sont primitives ou beaucoup plus souvent secondaires, qu'elles sont maternelles ou foetales, ou ovulaires, ou diverses.

Mais elles sont très largement dominées par la multiparité puisque plus de 7 femmes sur 10 (70,2 %) accouchaient au moins pour la 5e fois, plus de 1 femme sur 2 (51,1 %) au moins pour la 7e fois, que dans plus de 1 cas sur 3 (34 %) la multiparité joue apparemment seule pour expliquer la présentation dystocique.

- la prématurité vient ensuite : nous l'avons rencontrée dans 42,5 % des cas, dont 8,5 % où elle intervient apparemment seule.

- le placenta inséré bas (29,7 %) et l'obstacle praevia en général, en rétrécissant le diamètre longitudinal de la cavité utérine constituent une cause fréquemment rencontrée.

- l'accouchement du 2e jumeau associe plusieurs facteurs favorables à la présentation de l'épaule ; nous avons rencontré cette étiologie dans 14,9 % des cas.

Les autres étiologies sont plus rares :

- hydramnios 4,2 %
- malformations utérines ... 2,1 %
- rétrécissement du bassin, brièveté du cordon ombilical

DIAGNOSTIC

Il est important qu'il soit effectué avant le stade des complications, c'est à dire alors que la poche des eaux est encore intacte.

Bien souvent, il sera aisément fait par la seule clinique (inspection, palpation abdominale, auscultation du coeur foetal). Le toucher vaginal devra être extrêmement prudent et délicat pour éviter d'entraîner la rupture de la poche des eaux.

Quand celle-ci est rompue, le toucher vaginal met en évidence le repère de la présentation, c'est à dire l'acromion, la variété de position, et surtout le moyen clinique de diagnostic (gril costal, creux axillaire et apophyses épineuses).

Les moyens paracliniques sont cependant d'un précieux secours et fréquemment utilisés, surtout la radiographie.

EVOLUTION SPONTANEE ET COMPLICATIONS

Laisser évoluer spontanément une présentation de l'épaule signifie courir à la catastrophe, même si dans nos observations 1 enfant étant né selon le mécanisme décrit par Paul DUBOIS a survécu.

On aboutit presque irrémédiablement aux complications que sont l'épaule méconnue où l'enfant est encore en vie malgré la rupture de la poche des eaux, puis à la mort du fœtus in utero qui réalise l'épaule négligée. Cette dernière compromet l'avenir gynécoobstétrical de la Mère, et même son pronostic vital ; nous l'avons rencontrée 1 fois également.

TRAITEMENT

1°) Chez la primipare

Nous répétons ici la notion très connue que chez la primipare l'indication thérapeutique ne se discute même pas, le seul traitement possible étant la césarienne quand l'enfant est vivant.

2°) Chez la multipare

Tout le problème est chez la multipare où le traitement est rigoureusement différent avant et après la rupture de la poche des eaux.

a/ avec membranes intactes, en début de travail, la version par manoeuvres externes est tolérée, à condition de respecter toutes les contrindications et de s'entourer de toutes les précautions nécessaires.

Beaucoup mieux est de tout mettre en oeuvre pour préserver l'intégrité de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète. C'est là la condition favorable pour effectuer la version par manoeuvres internes (V P M I) à condition qu'il n'existe pas de contrindications.

Cette version, suivie de grande extraction de siège (G E S) fut le traitement choisi dans 42,5 % des cas de notre Etude.

Si la V P M I est contrindiquée, il faut recourir à la césarienne.

b/ dans les cas d'épaule méconnue (poche des eaux rompue, enfant vivant), c'est la césarienne qui s'impose.

Ce traitement fut utilisé également dans 44,7 % des cas de notre Etude.

3 fois sur 4, l'hystérotomie fut longitudinale ; cela évite qu'elle ne se situe jamais sous un anneau de rétraction toujours possible dans l'épaule méconnue, et surtout cela facilite l'extraction du nouveau né.

c/ dans les cas d'épaule négligée (enfant mort)

(contracture utérine)

(début d'infection ovulaire)

le traitement sera l'embryotomie rachidienne (1 cas dans notre Etude)
si l'enfant est accessible, et la césarienne dans le cas contraire.

N. B. Un cas particulier est l'hémorragie importante déclenchée par le début du travail dans le cas d'un placenta praevia, alors que l'enfant est non viable. Le traitement est alors la version par manoeuvres mixtes dite de BRAXTON HICKS. Il fut utilisé dans 6,4 % des cas rencontrés.

Si le fœtus est viable, il faut recourir en extrême urgence à la césarienne.

PRONOSTIC

La mortalité maternelle ne devrait plus se voir

La mortalité périnatale globale est encore lourde pour les présentations de l'épaule (36,2 %) d'autant qu'il s'agit bien souvent de prématurés.

Mais si on la considère selon le mode d'accouchement utilisé, il en ressort que certains traitements sont préférables et susceptibles de l'améliorer.

- l'expulsion spontanée par voie basse avec ou sans mécanisme
.....
s'est soldée par un décès sur deux, et nous estimons que c'est très heureux car cette évolution est catastrophique. Il faut tout entreprendre pour l'éviter dès que les membranes sont rompues.

- la V P M I donne également un pourcentage de mortalité
.....
supérieur à la moyenne globale (40 %). Mais il s'agit à chaque fois de prématurés. Indéniablement, elle garde des indications très strictes et très précises, dont la meilleure est l'accouchement du 2e jumeau

(1 décès sur 8 cas, non imputable à la V P M I selon toute vraisemblance).

- la césarienne, au fur et à mesure que l'anesthésie et la
.....
réanimation chirurgicale s'améliore, semble être dans bien des cas le
traitement de choix. Pratiquée dans 44,7 % des cas et la plupart du
temps à titre curatif, et non prophylactique, elle a abouti à 4,2 % de
décès, qui à coup sûr, ne sont pas imputables à l'acte chirurgical.

PROPHYLAXIE

Mais diagnostiquer et traiter les présentations transversales
en cours de grossesse pour éviter les présentations de l'épaule est
encore bien préférable quand cela est possible.

Quant elle n'est pas contrindiquée comme chez la primipare,
la V P M E au voisinage du terme suivie de contention ou de déclenchement
du travail permet de nombreux accouchements eutociques.

La généralisation de la prophylaxie fait chuter notablement
le nombre des présentations de l'épaule.

B I B L I O G R A P H I E

AGUERRO & Coll.

Radiology in the transverse position of the fetus
Rev. Chile Obstet. Gynec. Mars/Juin 1966, 31, 140/8

AGUERRO et AURE

Rev. Obstet. Gyn. VENEZUELA 24, 1964, p 723 - 747

AREZZO-BOZA

Minerva Gynec. 16-20 (852-862) tables 12, 1964

BRUN G.

Cervical embryotomy in transversal presentations
Maroc Med. Juin 1970, 50, 395/6

CABALLERO A, FERNANDEZ BOLANOS J.

Conduite à tenir au cours du travail dans les situations transversales
(présentation de l'épaule).
Revue Franç. Gynéc. Décembre 1964, 59, n°12, 785 - 804

CALKINS L.A.

Amer. J. Obstet. Gyn. 64, 871, 1952

CHASSOUX G.

Les présentations transversales, à propos de 173 observations recueillies
à la Clinique Obstétricale de LYON de 1948 à 1966.
Thèse LYON 1967 n° 31

DIAZ-INFANTE

Management of fetal transversal position
Gac. Med. Mex. Février 1969, 99, 218/23

DOROFEEV NM

In connection with the article by I. F. Dikan : "On the prenatal protection
of the fetus in pelvic presentation and transverse position".
Akush. Ginek. (Moskva) Septembre 1966, 42, 73/4

DRACA P. & Coll.

Oblique and transversal position of the fetus
Med. Pregl. 1969, 22, 101/4

DUMONT M.

Les présentations transversales
Gyn. et Obst. Juin Juillet 1963, 62, n°3, 411 - 420.

DUMONT M. CHASSOUX G.

Etude de 173 observations de présentations transversales
Revue Franç. Gynéc. n° 1967, 62, n°11, 631 - 640.

EDELSTEIN W. & Coll.

The management of transverse lie in labour
South. Afric. Journ. Obst. Gyns. Mai 1971, 9, 18/20

GAREIS L. C. et RITZENTHALER J. C.

Amer. J. Obst. Gyn. 63 - 583, 1962

HALL S.C. et O'BRIEN F. B.

Amer. J. Obst. Gyn. 82-1180, 1961

HOLTORFF J. & Coll.

Delivery with transverse presentation and perinatal mortality
Zbl. Gynaek. 22 Février 1969, 91, 241/55

HUGUES KB & Coll.

Spontaneous evolution of a shoulder presentation
Lancet, 13 Avril 1968, 1, 825.

JOHNSON C. E.

Transverse presentation of foetus
J. Amer. Med. Ass. Février 1964, 187, n°9, 642 - 646

KNEZYNSKI M.

A propos de 76 présentations transversales observées à la Maternité
de l'Hopital de la Croix Rousse de 1945 à 1960 inclus
Thèse Med. LYON 1964, n° 85

KIKKA K

Transverse presentation
Sanfujin. Jissai. Juin 1966, 15, 515/23

KRAMER T. F. et SKALLEY T. W.

Aer. J. Obst. 80-291, 1960

LACOMME M.

Pratique obstétricale
Masson Edit. Paris n°1 p 527

MENKHAUS G.

On the concurrence of shoulder presentation
Zbl. Gynaek. 29 Juillet 1967, 89, 1073/6

MERGER R. LEROY J. MELCHIOR J.

Précis d'Obstétrique
Masson Edit. Paris, 187

NOOTSOS G.

Revue Franç. Gyn. Obst. 57-717, 1962

OGIER & Coll.

Clinical and statistical contribution to the study of shoulder presentation
Riv. Obstet. Ginec. Septembre 1967, 22, 609/24

PAUCOT H. BEDRINE H.

Obstétricie Pratique
Imprimerie nouvelle, Edit. Paris, 1963, 167 - 175

POITOUT Ph. TRUC J.B.

Dystocie par malformations congénitales de l'utérus
Encyclopédie Médic. Chir. 5061 A 10, 5-1974

PORODOWSKI K. et KRAUS E.

C.S.L. Gynack. 1, 73, 1957

POSNER L. B. & Coll.

Amer. J. Obst. Gyn. 83-225, 1962

ROBLES H D. & Coll.

Transverse presentation. Experience in the Hospital of Gynecology and
Obstetrics n° 1
Gynec. Obstet. Mec. Septembre 1970, 28, 363/70

RODRIGUEZ ARGUELLES J. & Coll.

Management of shoulder dystocia in the vertex presentation
Ginec. Obstet. Mex. Mars Avril 1967, 22, 53/67

VERMELIN H. RIBON M.

Présentation de l'Epaule
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 5028 A 10, Obst. 5 - 1960

VITSE M. et BOULANGER J. C.

Présentation de l'épaule
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 5028 A 10 Obstétrique 4 1971

VITSE M. BOULANGER J. C. MANELA A. BOUCHER Y.

Accouchement et malformations utérines
Rev. Franç. Gynec. 1973, 68, n° 7 - 9, 483-491

WEINSTER A. et GEITMANN W. F.

Amer. J. Obst. 72, 34, 1956

WILSON L. A. et Coll.

Amer. G. Obst. 74, 1957, 1957

WINCKLER et CANGELLO

Amer. J. Obst. 79, 1096, 1960

YATES M. J.

Journal of Obst. and Gyn. of the British Commonwealth
April 1964 245 - 248

